

Algemene artsen, huisartsen - nieuwe stijl en huisartsen-specialisten

DOOR PROF. DR. H. J. P. M. DIJKHUIS TE LEIDEN

Algemene artsen. De algemene artsen zijn de opvolgers van een generatie artsen die de geneeskunde in haar „volledige” omvang meenden te moeten uitoefenen. Het verwijzen naar specialisten werd daarbij aanvaard als een technische aanvullingsmogelijkheid voor uitzonderlijke gevallen. Bekend is de veel gehoorde uitdrukking dat „de huisarts 85 procent van alle ziekten zelf geneest” (*Dijkhuis*), een uitdrukking die op zichzelf even weinig zegt als de volgende uitdrukkingen: „de huisarts ziet 25 procent van alle gezondheidsstoornissen” (*Horder* en *Horder*) en „ $\frac{1}{3}$ deel van de bevolking wordt jaarlijks naar een specialist verwezen” (*Dijkhuis*).

De algemene arts, die zoveel mogelijk zelf probeert te doen zoals in de Verenigde Staten van Amerika, stuit op de moeilijkheid dat de grenzen tussen datgene wat door minder respectievelijk geheel gespecialiseerde artsen kan worden verricht, in de praktijk moeilijk zijn vast te stellen, zelfs al werken beiden in een goed geoutilleerd team nauw samen. In Nederland heeft een aantal maatregelen ertoe geleid dat de terreinen tussen huisartsen en specialisten op een flexibele wijze kunnen worden afgebakend. Hiermede wordt bedoeld de registratie en erkenning van specialisten, de „verplichting” eerst een huisarts te consulteren alvorens naar een specialist te gaan en het ontbreken van een persoonlijk belang van de huisarts bij het al dan niet verwijzen.

De algemene artsen hebben dientengevolge hun curatieve werkzaamheden beperkt tot in medisch-technisch opzicht eenvoudige handelingen, zodat hun mogelijke opvolgers hierin nogal eens aanleiding zien de voorkeur te geven aan een opleiding tot medisch specialist. Door de sterk toenemende specialisatie en klinische concentratie is echter een behoefte aan functionarissen ontstaan die, aan het thuisfront waar bijna alle ziekten beginnen en zeer vele ziekten moeten worden vervolgd, het volgende kunnen verwezenlijken: het bieden van primaire hulp; het inzetten van de behandeling; het verzorgen van de selectie; het afdoende behandelen van een groot aantal ziekten; het coördinerend optreden bij de behandeling van patiënten met multiple, chronische of gedeeltelijk te genezen afwijkingen en het bewaken van het behandelingsresultaat.

Dientengevolge is een enigszins paradoxale situatie ontstaan, die enerzijds het optreden van een algemeen arts aan beperkingen bindt en anderzijds zijn optreden steeds wenselijker maakt.

Huisartsen-nieuwe stijl. Onder huisartsen-nieuwe

Samenvatting. Wanneer uit de huidige algemene geneeskundige praktijk een nieuwe huisartsgeneeskunde moet worden ontwikkeld, dienen de inspanningen voor alles erop te zijn gericht door opleiding en structuurveranderingen de huisarts van een „cure”-situatie in een erkende „care”-situatie te brengen. Deze „care”-situatie is definieerbaar als die situatie, waarin de beschreven mogelijkheden voor de huisartsen-nieuwe stijl uitvoerbaar zijn.

stijl zou men kunnen verstaan de huisartsen die aan de voortdurende verandering van de inhoud van hun werk minder zwaar tillen dan hun voorgangers, die dit als een „afbrokkeling” beleefden. Zij menen echter dat de huisartsen vooral een nieuwe stijl moeten ontwikkelen om zich bij de voortdurend wijzigende situatie aan te passen; hun optreden moet daartoe een ander karakter gaan dragen, dat wil zeggen het moet minder curatief en meer zorgverlenend zijn.

Huygen spreekt in dit verband over „cure” en „care”. Een dergelijke „care”-opstelling zal de huisartsen de mogelijkheid geven om aan de volgende verwachtingen, die kennelijk aanwezig zijn, te beantwoorden namelijk:

de mogelijkheid om een groot aantal ziekten en afwijkingen direct en afdoende te behandelen;

de mogelijkheid om de voor specialistische behandeling in aanmerking komende patiënten te selecteren;

de mogelijkheid om de behandeling van patiënten met multiple afwijkingen, chronisch verloopende ziekten of gedeeltelijk te genezen afwijkingen, goed te coördineren;

de mogelijkheid om vroeger doorgemaakte ziekten te registreren en het behandelingsresultaat te bewaken;

de mogelijkheid om door voorlichting, screening, vaccinaties en adviezen ziekten te voorkomen of in een vroeg stadium te behandelen;

de mogelijkheid om de persoonlijke en huiselijke omstandigheden te onderkennen en bij de geneeskundige behandeling te betrekken;

de mogelijkheid om door persoonlijke begeleiding onbegrepen of ongeneeslijk lijden te verzachten;

de mogelijkheid om de maatschappelijke aanvaardbaarheid van de medische zorg te vergroten en

de mogelijkheid om een goede aansluiting bij andere vormen van individuele zorgverlening te werkstelligen (*Bremer en medewerkers*).

De huisartsen-nieuwe stijl zien - oppervlakkig beschouwd - de kans om door verandering van hun eigen stijl van werken, de wenselijkheden die ten aanzien van de algemene arts zijn geformuleerd, in mogelijkheden om te zetten en het aantal mogelijkheden nog verder uit te breiden (*Brandlmeier en Krüsi*).

Toch is in dit verband slechts sprake van mogelijkheden; en moet goed worden beseft dat een eenvoudige verandering in de stijl van werken ontoereikend is. Het gaat wel degelijk om een nieuwe aanpak, al was het alleen maar omdat:

de oude artsen ondanks het geromantiseerde beeld dat over hen is ontstaan (Rümke), niet op „care”, doch op „cure” waren ingesteld - hoe kon het ook anders in een armoede-cultuur die probeerde te voorzien in duidelijke leemtes, doch niet in systematische zorg -;

onder de artsen nog lang geen communis opinio heerst over de inhoud van de „care”, ondanks (of juist door?) diverse „maximaliserende” definities (*Woudschotenrapport*);

een dergelijke „care”-functie zijn beslag moet krijgen in een erkenning van deze werkwijze door andere instellingen op het terrein van de volksgezondheid; - de huisarts wordt dan wel vaak een sleutelfiguur genoemd, maar wat gebeurt er als hij zich als sleutelfiguur gaat gedragen?;

deze care-functie met behoud van de fundamentele individuele relatie (*Brouwer*), wijzigingen in de praktijkvoering alsmede groepsgewijze samenwerking vereist ter wille van de medische registratie en signalering, de medische rapportage en communicatie en de medische adviezen en samenwerkingsvormen en omdat deze „care”-functie een aantal nieuwe vaardigheden vereist zoals het opstellen van medische werkhypothesen (*Medalie*), medische „problem-solving” (*Dijkhuis*) en medische begeleidstechnieken (*Balint, Blum*).

De huisarts-„specialisten”. Verschillende huisartsen zijn bewogen door de vele onopgeloste problemen die zij in de praktijk ontmoeten; zij zien de huisarts van de toekomst verloren gaan door een te globale aanpak van problemen die onvoldoende zijn onderzocht, derhalve zijn zij van mening dat de huisartsen zich moeten „specialiseren”. Als „specialismen” lijken vooral in aanmerking te komen de medische psychologie, de medische sociologie, de sociale geneeskunde van het gezin en de epidemiologie van de „community”, terwijl daarnaast onderwerpen als seksuologie, pedagogie, gerontologie en antropologie worden genoemd.

De eerste vraag die zich voordoet is, hoe deze specialismen tot ontwikkeling moeten komen: vanuit de huisartsenwereld of vanuit andere disciplines? Zullen medici in staat zijn zich alsnog de denkmodellen van andere disciplines eigen te maken?

De tweede vraag is hoe de te verwerven kennis in de praktijk kan worden gebracht; moet de huisartspraktijk daartoe worden omgevormd tot een multidisciplinair huis-specialistenteam of tot een veelzijdig „community health care team”? Mijns inziens moeten teams worden gezien als een vervolg op de specialisatie; zij moeten niet aan de voet van een organisatie worden geplaatst: teams moeten worden gebruikt voor gecompliceerde problemen en niet voor de routine-„intake” van ongeselecteerde gevallen.

Wanneer de huisarts door een team wordt vervangen, zal het fundamentele voordeel van de individuele arts-patiënt-relatie verloren gaan en zal het menselijke en emotionele element van de „personal doctor” (de arts als medicament) verdwijnen.

Het lijkt derhalve erop, dat het optreden van een „personal doctor” grenzen kent die niet kunnen worden overschreden binnen het eigen systeem. Dit betekent dat eventuele specialisaties en teamvormingen het systeem moeten completeren en niet moeten vervangen.

De behoefte blijft immers bestaan aan meer kennis om onze levenskansen te vergroten (*Dijkhuis*); de huisartsen zullen door wetenschappelijk onderzoek belangrijke bijdragen aan deze kennis kunnen leveren.

Bespreking. Met een wat gestyleerde beschrijving van bovenstaande drie categorieën werd door mij getracht kort en concreet uiteen te zetten om welke moeilijkheden, wenselijkheden, mogelijkheden en alternatieven het gaat, wanneer wordt gesproken over huisartsgeneeskunde.

Het gaat mijns inziens niet aan, om het begrip huisartsgeneeskunde te introduceren als een moderne variant van een eeuwenoud beroep. Wanneer wij beginnen met de constatering dat de mogelijkheden en moeilijkheden die zich nu voordoen voor een groot deel dermate nieuw zijn in de geschiedenis van de mensheid dat van een nieuw vak kan worden gesproken dan worden als het ware nieuwe openingen gemaakt.

Tot nu toe was een groot deel van de discussies over de taak van de huisarts gebaseerd op de behoefte om elkander te overtuigen hoe het nu precies moet. Wanneer het besef bestaat bezig te zijn met een nieuw vak kan worden afgesproken dat dit vak stap voor stap moet worden ontwikkeld; er behoeft dan alleen een voorlopige overeenstemming te worden bereikt over de vraag hoe wij zullen beginnen.

Merkwaardig genoeg bestaat hierover een dermate grote eenstemmigheid dat er zelfs geen discussie is geweest: iedereen vindt namelijk dat dit nieuwe vak moet worden ontwikkeld vanuit de bestaande algemene praktijk. De volgende stappen moeten dan betrekking hebben op het introduceren van de elementen die tot de nieuwe huisartsgeneeskunde behoren namelijk de „care”-elementen en de „specialisatie”-elementen. Hierbij

zal een keus moeten worden gemaakt, die mijns inziens niet moeilijk is.

De voorgestelde „specialisaties” hebben namelijk alle als achtergrond een werksituatie, waarbij de huisarts een belangrijke rol kan spelen in een uitgebreid systeem van zorgverlening. Degenen, die voorstanders ervan zijn dat de huisarts een specifieke vaardigheid ontwikkelt op het gebied van het hanteren van individuele begeleiding, gezinsrelaties of epidemiologie van de „community”, veronderstellen derhalve impliciet dat de huisarts werkzaam zal zijn in een „care”-situatie.

Aan deze voorwaarde is pas voldaan wanneer zich een „huisarts-nieuwe stijl” heeft ontwikkeld en deze bovendien als zodanig is erkend.

Summary. General practitioners, new-style family doctors and specialists in family practice. If a new type of general medicine is to be evolved from current general medical practice, then the primary efforts should aim at training programmes and structural changes which transfer the family doctor from the „cure” situation to a recognized „care”

situation. The latter can be defined as that situation that is consistent with the realization of the possibilities described for the new-style family doctor.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Med. Publ. Co., London, 1957.

Blum, R. H. The management of the doctor-patient relationship. McGraw-Hill Book Co., New York, 1960.

Brandlmeier, P. en G. Krüsi. Der Praktische Arzt heute. Hans Huber Verlag, Bern, 1968.

Bremer, G. J., J. C. van Es en A. Hofmans. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Brouwer, W. De huisarts-patiënt-relatie. In: Inleiding tot de huisartsgeneeskunde. Stenfert Kroese, Leiden 1969.

Dijkhuis, H. J. P. M. (1963) Ziekenfondsgids 17, 4.

Dijkhuis, H. J. P. M. (1964) huisarts en wetenschap 7, 153.

Dijkhuis, H. J. P. M. Dokters, doctrinair en pragmatisch. Inaugurele rede, Leiden, 1969.

Dijkhuis, H. J. P. M. The 4th Annual Workshop on the teaching of Family Medicine (1970) huisarts en wetenschap 13, 154.

Horder, J. P. en E. Horder (1954) Practitioner 173, 177.

Huygen, F. J. A. Gezin en gezondheid. Dekker en van de Vegt, Nijmegen, 1968.

Medalie, J. H. (1965) huisarts en wetenschap 8, 333.

Woudschotenrapport (1966) huisarts en wetenschap 9, 372.

„Man, je verstaat mij toch best”

DOOR DR. J. VAN EBBENHORST TENGBERGEN, KEEL-, NEUS- EN OORARTS* TE AMSTERDAM

„Wat zegt u, dokter?”

Ik zei: „U verstaat mij toch goed?”

„O ja, ik ben niet doof. Ik hoor alles. De mensen moesten alleen niet zo onduidelijk praten”.

„Wordt er dan niet meer duidelijk gesproken?”

„Nee, ze kunnen er tegenwoordig niets meer van. Vooral de jonge mensen, die ratelen zo vlug en ze maken de woorden niet af.

Mijn vrouw beweert dat het aan mijzelf ligt, dat ik best zou kunnen verstaan als ik maar beter oplette. Ze zegt: „Het lijkt wel of je doof bent”. Maar dat kan niet waar zijn want ik hoor heel goed als er wat gezegd wordt. Alleen kan ik het niet verstaan omdat er zo onduidelijk wordt gesproken.

Laatst roept mijn vrouw vanuit de keuken: „Wil je thee?” „Graag” zeg ik. Even later komt ze met haar mantel aan binnen en zegt: „Waar blijft je nou, we zouden toch samen boodschappen doen?” „Wel nee”, zeg ik, „waar blijft die thee van jou?” „Man, wat praat je over thee? Ik roep nog: Wil je mee, en jij zegt zelf graag, dus heb je het wel verstaan”. „Volgens mij heeft ze dat nooit gezegd! U begrijpt dat we er gewoon woorden over hebben gekregen. Dan moet ze ook maar duidelijker zeggen wat ze bedoelt”.

„Hoe gaat het in gezelschap?”

„Ik ga maar nooit meer naar een visite. Je hebt er niets aan en ik bemoei me maar niet zoveel meer

met andere mensen. Er komen altijd misverstanden van en daar krijg je maar ruzie door. Ze zeggen, als je ons niet verstaat moet je maar een hoortoestel nemen, maar ik zal wel gek zijn om met zo'n touw aan mijn hoofd te gaan lopen. Als ik doof was zou het wat anders zijn, maar ik hoor toch nog goed?”

„Laatst heb ik uw oren uitgespoten, heeft dat niet geholpen? De trommelvlies zagen er goed uit, dus daar kan het niet aan liggen. Het zal gewoon uw leeftijd zijn en daar is niets aan te veranderen. Maakt u zich maar niet ongerust. En mij verstaat u toch nog goed. Als je boven de zeventig bent moet je niet meer aan een hoortoestel beginnen, dat wordt toch nooit wat”.

Laten wij dit gewone spreekkamergesprek eens nader bekijken.

„Ik ben niet doof, ik hoor alles”.

Hoe komt het toch dat een geleidelijk optredend gehoorverlies zowel door de betrokkene zelf als door zijn omgeving meestal zo laat wordt herkend? Is dit een ontkennen tegen beter weten in of is het werkelijk zo moeilijk om een lichte graad van doofheid te constateren? Het bij zichzelf vaststellen van een beginnende hoorstoornis is daarom zo moeilijk, omdat er in het dagelijkse leven bijna geen standaardgeluiden zijn, waaraan wij ons gehoor met zekerheid kunnen toetsen. Het niet meer horen tikken van een horloge dat vroeger wel werd

* Speciaal voor audiologie.